

Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes

JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO (*)

MARISA SOUSA (*)

A teoria da vinculação (*Attachment Theory*) resulta dos trabalhos de Bowlby e Ainsworth (1991), com origens em conceitos vindos da etologia, da cibernética, do processamento de informação, da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise. Baseia-se no modelo prototípico do desenvolvimento emocional, o qual postula que a ligação da mãe ao bebé se torna o modelo das relações futuras, promove expectativas e assunções acerca de si próprio e dos outros, susceptíveis de influenciar a competência social e o desenvolvimento emocional ao longo da vida (Skolnick, 1986). Bowlby (1977) referia com frequência que a vinculação era uma característica que acompanhava os seres humanos do berço à cova.

A teoria da vinculação, como explica Bretherton (2000), revolucionou a forma de pensar acerca dos laços entre a mãe e o bebé. Os estudos sobre este conceito datam dos anos 40 e 50 do século XX. No início dos anos 70 desenvol-

veram-se estudos de vinculação nos adultos (Bretherton, 2000), e na adolescência.

Bowlby (1969) define vinculação como a propensão dos seres humanos para estabelecer laços afectivos fortes com determinadas pessoas, tendo como consequência ficar emocionalmente afectado quando ocorrem separações ou perdas inesperadas e/ou indesejadas. A teoria aborda os fundamentos dos laços da criança com quem cuida dela. Assume que as crianças possuem um sistema de comportamentos vinculação de base genética, que é sensível a uma activação pelo meio ambiente. Os padrões de vinculação podem ser «seguros» ou «inseguros», cada um deles, por sua vez, pode ser evitante ou ambivalente (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

West, Rose, Spreng Sheldon-Keller e Adam (1998) defendem que a teoria da vinculação é um sistema biográfico de comportamentos específicos organizados para manter e restaurar a segurança, via proximidade a alguém que é especial e preferido.

Cassidy (1999) discrimina entre vários conceitos normalmente ligados à vinculação, nomeadamente: «Comportamento de Vinculação» é o comportamento que promove a proximidade à

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

figura de vinculação; «Sistema Comportamental de Vinculação» é a organização intra individual, comportamental dos comportamentos de vinculação; «Laços de Vinculação» refere-se aos laços afectivos.

A adolescência é um período do ciclo de vida em que o início da separação das figuras de ligação se começam a estabelecer. Os adolescentes parecem lutar para se afastar das relações de vinculação com os pais ou outras figuras de vinculação. Como explicam Allen e Land (1999) os laços com os pais parecem, então, ser ligações que restringem, mais do que ligações que securizam e fixam. No entanto, como salientam também estes autores a investigação tende a mostrar que a autonomia adolescente se estabelece mais facilmente, não à custa da vinculação com os pais, a qual é desejável que perdure, mas sim contra o contexto de relações seguras. Colin (1996) explica que enquanto na infância a vinculação é assimétrica, nos adultos (principalmente a partir da adolescência) ela passa a recíproca.

A adolescência é um período em que as capacidades cognitivas emergentes vão permitir a generalização do padrão de vinculação a outras figuras, podendo os processos cognitivos substituir o contacto físico (Colin, 1996). Ainsworth (1989) reconhecia que as alterações hormonais, neurofisiológicas e cognitivas normais na adolescência poderiam estar associadas a mudanças normativas na vinculação na adolescência.

A vinculação na infância tem sido o principal foco das investigações. O estudo na adolescência e nos adultos é mais recente e para descrever este fenómeno nesta fase do desenvolvimento deve-se tomar em consideração outras pessoas para além dos progenitores ou outros que normalmente cuidam das crianças. Irmãos, outros familiares, professores, treinadores, padres amigos, podem constituir figuras de vinculação (Colin, 1996). Um desenvolvimento psicológico mais maduro parece basear-se simultaneamente na autonomia e no relacionamento saudável com os pais (Kenny, Lomax, Brabeck & Fife, 1998).

As relações de vinculação para além da infância têm um papel importante no ajustamento geral das pessoas. Na adolescência ocorre uma grande reorganização passando gradualmente das relações com os pais para as relações e o desenvolvimento de laços com os pares, embora grande parte dos adolescentes deseje e necessite

manter os pais como figuras de reserva, continuando a procurar o suporte parental em momentos de distress (West et al., 1998). Por outro lado, e ainda segundo estes autores, o sucesso no desenvolvimento de laços com outras figuras é influenciado decisivamente pelos padrões desenvolvidos anteriormente com as figuras parentais.

Colin (1996) explica que na adolescência ocorrem duas grandes mudanças na vinculação: em primeiro lugar há o desenvolvimento de relações recíprocas em que cada parceiro é figura de vinculação do outro, em segundo lugar a figura dos progenitores como figuras de vinculação principais é substituída, normalmente por um par.

A investigação tem mostrado que a qualidade da relações com a família joga um papel importante nas perturbações emocionais na adolescência (West et al., 1998). Kenny et al. (1998) reporta que a investigação tem demonstrado existirem relações positivas entre vinculação às figuras parentais e bem-estar, e relações negativas entre vinculação e depressão e ansiedade. No estudo desenvolvido por estes autores confirmam aquele resultado.

Se está bem estabelecido que uma vinculação inadequada aumenta a probabilidade da existência de perturbação emocional, e que uma melhor vinculação melhora o bem estar, não há evidência de que a saúde vista como um todo físico, mental e social seja influenciada do mesmo modo. De qualquer maneira, e assumindo que a saúde é um bloco deste tipo, e que não há «saúdes» parcelares, presume-se que vinculação inadequada estará associada a comportamentos de saúde inadequados.

O presente estudo persegue dois objectivos: a) explorar parte das propriedades métricas do *Adolescent Attachment Questionnaire* (AAQ) desenvolvido por West et al. (1998); e b) verificar a relação entre vinculação e comportamentos de saúde em adolescentes.

1. MÉTODO

1.1. Participantes

Os participantes constituíram uma amostra de conveniência com 515 sujeitos, estudantes en-

tre os 9.º e 12.º anos de escolaridade, 60,7% do sexo feminino, com idades entre os 14 e os 20 anos ($M=15,95$, $DP=1,39$). Os dois sexos não se diferenciavam quanto à idade, e o teste de Levene mostrava que a distribuição da idade era idêntica nos dois grupos.

1.2. Material

O Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ) é um questionário desenvolvido com base na teoria e confirmado empiricamente *a posteriori* por recurso a meios psicométricos convencionais.

O instrumento mais referido para a avaliação da vinculação nos adultos, e que também tem sido utilizado com adolescentes, é o *Adult Attachment Interview* (AAI). Trata-se de uma entrevista estruturada com 15 questões que foca principalmente a experiência de vinculação passada e os pensamentos actuais acerca dessas vivências. Porque este processo de avaliação é muito dispendioso em termos de tempo necessário para a entrevista (cerca de duas horas) West et al. (1998) propuseram-se desenvolver um questionário breve que, sem violar os pressupostos de validade de construto, fosse de preenchimento rápido.

Os autores começaram por desenvolver itens para várias sub-escalas com base na teoria, tomando em consideração as dimensões que Bowlby (1973, 1982), considerou fundamentais. A primeira foi a «Disponibilidade» (*Availability*) que se propõe avaliar em que medida o adolescente tem confiança na figura de vinculação enquanto figura acessível e disponível, de um modo fiável, na maior parte das situações em que necessita delas. Outro bloco de itens foram desenvolvidos para uma escala denominada «Zanga» (*Angry Distress*) que se refere às respostas negativas à percepção de indisponibilidade das figuras de vinculação. A terceira escala desenvolvida pelos autores foi denominada «Parceria Corrigida para Objectivos» (*Goal-corrected Partnership*) que se define como quanto o adolescente tem em consideração as necessidades e sentimentos da figura de vinculação. Foi assim desenvolvida uma escala com cerca de 15 itens por dimensão, em que a resposta era dada numa escala ordinal tipo *likert* de cinco posições de «concordo totalmente» a «discordo totalmente».

A decisão final dos itens a conservar foram orientados por considerações teóricas e psicométricas, nomeadamente, validade de conteúdo relativamente aos construtos definidos, validade discriminante e convergente, consistência interna e teste-reteste. A versão final inclui três itens por sub-escala ou dimensão referidas acima, em que a resposta é dada numa escala ordinal de cinco posições. Na versão aqui estudada optou-se por uma escala de resposta ordinal de sete posições. No modo como os itens foram invertidos, a uma nota mais baixa corresponde a melhor ajustamento.

Comportamentos de saúde – esta escala foi desenvolvida por Ribeiro (1993), tendo sido estudada com uma população jovem. Foca os comportamentos que a investigação tem evidenciado constituírem factores de risco para a saúde em geral. Inclui 28 itens que se propõem avaliar 10 dimensões: «Cuidado com a Alimentação» (p.ex. «Planifico a minha dieta de modo a que seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes»); «Preocupação com o Ambiente Poluído» (p.ex. «Evito ambientes muito ruidosos»); «Exercício» (p.ex. «Ando a pé ou de bicicleta diariamente»); «Cuidado com as Relações Sexuais» (p.ex. «Evito mudar de parceiro sexual»); «Prevenção das doenças» (p.ex. «Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes»); «Cuidado com as Drogas Semi-Legais» (p.ex. «Evito tomar tranquilizantes»); «Preocupação com as Bebidas Alcoólicas» (p.ex. «Não guio (carro, motorizada, etc.), quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais»); «Preocupação com Tabaco e Medicamentos» (p. ex. «Evito fumar»); «Cuidado com o Transporte Automóvel» (p.ex. «Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade»); «Protecção da Saúde» (p.ex. «Mantenho as minhas vacinas em dia»). A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco alternativas. Uma nota mais baixa corresponde a melhor comportamento de saúde.

1.3. Procedimento

O estudo da versão portuguesa considerou a versão final do estudo de West et al. (1998). Os passos consistiram em a) desenvolver a tradução dos itens tomando em consideração a equivalên-

cia lexical, verificação da adequação cultural e conceptual (verificação da validade de conteúdo de cada item traduzido). Para verificar a equivalência operacional e de medida procedeu-se à análise factorial confirmatória (para verificar se a estrutura factorial era idêntica à original), validade convergente discriminante e consistência interna das dimensões resultantes. Finalmente compara-se e discute-se a relação entre comportamentos de saúde e vinculação.

2. RESULTADOS

Os resultados por escala mostraram existir diferenças estatisticamente significativas entre sexos para a dimensão «Parceria Corrigida para Objectivos» $t(507)=4,53$, $p<0,0001$, em que os rapazes mostram valores de vinculação superiores ($M=6,46$) aos das raparigas ($M=5,10$). Para as outras duas dimensões assim como para o va-

lor global da escala não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Realizou-se uma análise factorial confirmatória para verificar se os resultados confirmavam a estrutura proposta para a escala original. Procedeu-se a uma Análise de Componentes Principais com rotação varimax para três factores. A solução factorial encontrada é apresentada no Quadro 1. Somente são indicados os valores de carga factorial acima de 0,40. A solução de três factores explica 61,35% da variância total. O Quadro 1 mostra os valores da carga factorial por dimensão/factor acima com carga factorial acima de 0,40, assim como os valores próprios e a variância explicada.

A estrutura factorial confirma a distribuição dos itens por factores de acordo com a teoria tal como é proposta pelos autores da escala. Somente o item 5 exibe uma carga factorial superior a 0,40 noutra factor.

A consistência interna de cada uma das dimensões é a seguinte (entre parêntesis o alfa en-

QUADRO 1
Análise de componentes principais com rotação varimax com objectivos confirmatórios, dos itens da AAI

Itens	Parceria Corrigida para Objectivos	Disponibilidade	Zanga
Só reparam em mim quando estou zangado			0,57
São capazes de me ouvir		0,72	
Tenho prazer em ajudar	0,81		
Zango-me sem saber porquê			0,75
Compreendem meus sentimentos	(0,43)	0,69	
Preocupo-me com eles	0,71		
Aborreço-me por pedir apoio			0,75
Falo acerca de tudo		0,79	
Fico feliz por ser útil	0,76		
eigenvalues	3,43	1,26	0,82
Variância explicada	38,12%	14,09%	9,13%

contrado pelos autores): Parceria Corrigida para Objectivos, 0,70 (0,74); Disponibilidade, 0,72 (0,80); Zanga, 0,55 (0,62). A consistência interna para a escala total é 0,77. Verifica-se que o factor «Zanga» exhibe uma consistência interna baixa se tomarmos em conta os valores de referência limite em psicometria, que é de 0,60. No entanto esses valores de referência reportam-se a escalas com mais itens. Para sub-escalas com três itens um valor 0,55 é aceitável. O padrão de consistência interna da escala aqui estudada é semelhante ao padrão da escala original, com a Disponibilidade com valor mais elevado e a Zanga com valor mais baixo

Validade convergente discriminante

Esta propriedade dos itens evidencia-se se a correlação do item com a escala a que pertence for superior à do valor da correlação com aquelas a que não pertence. Adoptamos como

critério que o valor da correlação do item com a escala a que pertence deverá ser superior a 0,40. Considera-se para efeito desta investigação que a magnitude da diferença deverá ser superior a 10 pontos. O Quadro 2 mostra os valores das correlações.

A inspecção do Quadro 2 mostra que dois itens não satisfazem o critério de pertinência. Com efeito o item 1 e o item 7 apresentam um valor inferior a 0,40. Um item não satisfaz o critério de convergência. O item 1 exhibe uma correlação com o factor «Disponibilidade» superior ao da escala a que pertence («Zanga»). Finalmente quatro itens não satisfazem o critério de discriminação (itens 1, 5, 6 e 9). Verifica-se assim que um item – o item 1 – viola demasiadas suposições enquanto outro item – item 7 – exhibe valores de correlação com a escala a que pertence, baixo. Por sua vez, como se referiu acima, a consistência é baixa (já na versão original o era). Assim, a

QUADRO 2
Correlação item dimensões e item escala total, corrigida para sobreposição

Itens	Escala total	Disponibilidade	Zanga	Parceria Corrigida para Objectivos
1. Parece que os meus pais só reparam em mim quando estou zangado.	0,44	0,38	0,36	0,26
2. Tenho a convicção que os meus pais são capazes de me ouvir.	0,56	0,53	0,37	0,41
3. Tenho prazer em ajudar os meus pais sempre que posso.	0,49	0,44	0,23	0,57
4. Frequentemente sinto zanga contra os meus pais sem saber porquê.	0,39	0,29	0,40	0,22
5. Acredito que os meus pais se esforçam por compreender os meus sentimentos.	0,59	0,57	0,28	0,54
6. Quando os meus pais andam preocupados também me sinto preocupado.	0,44	0,43	0,17	0,49
7. Fico aborrecido com os meus pais porque parece que tenho sempre de estar a pedir o seu apoio e suporte.	0,29	0,23	0,34	0,13
8. Falo com os meus pais acerca de tudo.	0,51	0,52	0,31	0,38
9. Fico feliz quando posso ser útil aos meus pais.	0,50	0,44	0,24	0,53

Os itens em bold referem-se à correlação dos itens com a escala a que pertencem teoricamente.

QUADRO 3
Correlação entre dimensões da vinculação e entre dimensões e escala total

	Zanga	Parceria Corrigida para Objectivos	Escala total
Disponibilidade	0,40	0,54	0,83
Zanga		0,27	0,75
Parceria Corrigida para Objectivos			0,74

dimensão «Zanga» aponta para a necessidade de ser aperfeiçoada.

A correlação entre as diversas dimensões é apresentada no Quadro 3.

A correlação entre dimensões é moderada a modesta, sugerindo tal uma relativa independência entre dimensões, embora a sua associação em termos de significância estatística seja forte.

Associação entre comportamentos de saúde e vinculação

Começou-se por inspecionar o padrão dos comportamentos de saúde. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre

sexos, em todas as dimensões excepto na Prevenção das Doenças e no Cuidado com o Álcool, com os elementos do sexo feminino a exibirem melhores comportamentos de saúde do que os do sexo masculino, conforme se pode observar no Quadro 4.

Como se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a maioria dos comportamentos de saúde, procedeu-se à inspecção da correlação de Pearson entre cada dimensão dos comportamentos de saúde e dimensões de vinculação (Quadro 5).

Encontraram-se 17 associações estatisticamente significativas para os rapazes e 22 para as

QUADRO 4
Médias por sexo para as dimensões do comportamento de saúde em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos

Comportamentos Saúde	sexo		t
	fem	masc	
Alimentação	16,04	17,20	2,61**
Cuidado com o ambiente	7,03	7,91	2,81***
Exercício físico	7,97	5,53	9,03****
Protecção sexual	4,13	6,93	9,75****
Drogas legais	3,59	4,13	2,17*
Abuso de medicamentos	3,29	3,79	2,55*
Cuidado com veículos a motor	3,42	4,71	7,28****
Protecção da saúde	3,10	3,65	3,85****

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; **** $p < 0,0001$

QUADRO 5
*Correlação entre dimensões de vinculação e dimensões de comportamentos de saúde
no total e por sexos*

Comportamentos de Saúde	Zanga	Disponibilidade	Parceria Corrigida para Objectivos	Escala total
Alimentação	Total - ns Masc - ns Fem - ns	Total - 0,21 Masc - 0,23** Fem - 0,20	Total - 0,20 Masc - ns Fem - 0,22	Total - 0,16 Masc - 0,14** Fem - 0,16**
Cuidado com o ambiente	Total - 0,12** Masc - ns Fem - 0,18***	Total - 0,24 Masc - 0,22** Fem - 0,26	Total - 0,23 Masc - ns Fem - 0,30	Total - 0,25 Masc - 0,17* Fem - 0,31
Exercício físico	Total - 0,09* Masc - ns Fem - ns	Total - ns Masc - ns Fem - ns	Total - ns Masc - 0,16* Fem - ns	Total - ns Masc - 0,15* Fem - ns
Protecção sexual	Total - ns Masc - 0,18** Fem - ns	Total - ns Masc - ns Fem - ns	Total - 0,22 Masc - 0,24*** Fem - ns	Total - 0,15** Masc - 0,21** Fem - ns
Prevenção de doenças	Total - 0,12** Masc - 0,20** Fem - ns	Total - 0,21 Masc - 0,19** Fem - 0,23	Total - ns Masc - ns Fem - ns	Total - 0,15** Masc - 0,19** Fem - 0,13*
Cuidado com o álcool	Total - 0,12** Masc - ns Fem - 0,12*	Total - 0,11** Masc - ns Fem - 0,13*	Total - ns Masc - ns Fem - ns	Total - 0,12** Masc - ns Fem - 0,13*
Abuso de medicamentos	Total - 0,18 Masc - 0,15* Fem - 0,21	Total - 0,17 Masc - 0,14* Fem - 0,20	Total - 0,13** Masc - ns Fem - ns	Total - 0,21 Masc - 0,16* Fem - 0,24
Cuidado com veículos a motor	Total - 0,10* Masc - ns Fem - 0,14*	Total - 0,13** Masc - ns Fem - 0,15**	Total - 0,21 Masc - ns Fem - 0,21	Total - 0,18 Masc - 0,14* Fem - 0,22
Protecção da saúde	Total - ns Masc - ns Fem - ns	Total - 0,15** Masc - 0,15* Fem - 0,15**	Total - 0,14** Masc - ns Fem - 0,17**	Total - 0,14** Masc - ns Fem - 0,14*

ns - não significativo; *p<0,05; **p<0,01; não indicados p>0,0001

raparigas, das quais 11 são significativas em simultâneo para os dois sexos. Há portanto 11 associações que são significativas para as raparigas e não o são para os rapazes e 6 que o são para os rapazes e não o são para as raparigas. Ou seja, embora a investigação em geral afirme que não há diferenças na vinculação entre sexos, e neste estudo somente numa dimensão se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas, parece que a vinculação se relaciona de forma

diferente com os comportamentos de saúde dos rapazes e das raparigas.

Verifica-se em geral que a correlação entre as dimensões dos comportamentos de saúde e as dimensões da escala de vinculação são modestos. No entanto verificam-se correlações estatisticamente significativas que evidenciam associação entre as dimensões.

Os resultados apontam para a utilidade de considerar esta variável psicológica clássica co-

mo variável importante a considerar em programas de educação para a saúde visando a promoção de comportamentos de saúde em estudantes adolescentes.

3. CONCLUSÃO

Aceitando que a escala proposta por West et al. (1998) tem a validade de construto que os autores apontam (e que não foi verificada neste estudo) pode-se afirmar que a versão que aqui é apresentada evidencia propriedades semelhantes à versão de língua inglesa. Por outro lado, e relativamente ao segundo objectivo deste estudo, a escala de vinculação para adolescentes parece estar estatisticamente associada aos comportamentos de saúde embora com diferentes padrões para os rapazes e raparigas.

REFERÊNCIAS

- Allen, J., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 319-335). New York: The Guilford Press.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Bowlby, J. (1969/82). *Attachment and loss: Attachment*, Vol. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*, Vol. 2. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bretherton, I. (2000). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 45-84). Hillsdale: The Analytic Press.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Colin, V. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill Company.
- Kenny, M., Lomax, R., Brabeck, M., & Fife, J. (1998). Longitudinal pathways linking adolescent reports of maternal and paternal attachments to psychological well-being. *The Journal of Early Adolescence*, 18 (3), 221-243.
- Ribeiro, J. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens da cidade do Porto*. Porto: Edição do autor.
- Skolnick, A. (1986). Early attachment and personal relationships across the life course. In P. Baltes, D. Featherman & R. Lerner (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 7, pp. 173-206). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- West, M., Rose, M., Spreng, S., Sheldon-Keller, A., & Adam, K. (1998). Adolescent Attachment Questionnaire: A brief assessment of attachment in adolescence. *Journal of Youth and adolescence*, 27 (5), 661-673.

RESUMO

Os objectivos da presente investigação são: estudar as propriedades psicométricas do Questionário de Vinculação para Adolescentes e a relação entre dimensões de vinculação e comportamentos de saúde. Procedeu-se à adaptação para português (lexical, cultural, conceptual, operacional, e de medida) da versão em língua inglesa que se passou-se a uma amostra de 515 participantes de uma população de estudantes do ensino secundário, dos 9.º e 12.º anos de escolaridade, de ambos os sexos (60,7% sexo feminino), com idades entre os 14 e os 20 anos. Utilizou-se também um questionário de avaliação de comportamentos de saúde com 28 itens distribuídos por 10 dimensões. A exploração das características métricas do questionário mostra que a versão portuguesa exhibe características semelhantes à escala original, pelo que os pressupostos associados à escala original se podem generalizar à versão portuguesa. Os resultados mostram ainda que melhor vinculação está associada a melhores comportamentos de saúde, sugerindo-se que esta variável deve ser considerada em programas de promoção de comportamentos de saúde em adolescentes.

Palavras-chave: Vinculação, adolescência, comportamentos de saúde.

ABSTRACT

The objectives of the present research are: to study the metric properties of the Adolescent Attachment Questionnaire and the relationships between attachment and health behaviour. The adaptation process includes the inspection of the lexical, cultural, conceptual, operational, and measurement equivalence. A sample of 515 participants, both sexes (60.7% females), students at high-school level (9-12 levels), and

ages between 14 and 20 years. We use the Adolescent Attachment Questionnaire, a 9 items questionnaire with three dimensions. We used also a questionnaire of health behaviour with 28 items distributed by 10 subscales. Results show that the Portuguese version of the questionnaire is similar to the English version. The re-

sults show that there are a statistically significant relationship between better health behaviours and better attachment. Health promotion programs must consider this variable.

Key words: Attachment, adolescence, health behaviours.